

The Effect of Teaching Positive Parenting Program to Mothers on Self-control Skills of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Primary School

Ezatollah Ghadampour. Ph.D.

Academic member, University of Lorestan, Iran

Tahereh Rahimpour. Ph.D Student

Psychology, University of Lorestan, Iran

Masoomeh Zangiabadi. Ph.D Student

Psychology, University of Lorestan, Iran

Abstract

The goal of the present study was to investigate the effect of teaching positive parenting program (Triple-P) on self-control skills of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary schools. This semi-experimental study employed a pre-test, post-test, with control group design. Population included all mothers who consecutively referred to the child and adolescent psychiatric clinics of Isfahan in 2014_2015 academic year and had at least one child with clinically diagnosed ADHD within the age range of 6 to 12. Then, 30 mothers were selected through convenient sampling method and randomly allocated in one experimental and one control group (15 each). The research instrument was the Self-control Questionnaire (Kendall and Wilcox's, 1979). The experimental group received group psychotherapy for 8 sessions and the questionnaire was completed by the teachers of children's both groups of mothers, in pre-test, post-test and follow up. The data were analyzed using analysis of covariance. The research results showed that using positive parenting program (Triple-P) in post-test increases self-control skills of children with ADHD ($P=0.0001$). The follow up findings also revealed that there are significant differences between the control and experimental groups in the variable under study ($P=0.0001$). The findings suggested that positive parenting program is effective on self-control skills of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Keywords: positive parenting program, mothers, self-control, attention deficit hyperactivity disorder, primary schools.

تأثیر آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران، بر مهارت‌های خودکنترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در دوره دبستان

عزت‌اله قدم‌پور

عضو هیأت علمی روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان

طاهره رحیمی‌پور*

دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان

معصومه زنگی‌آبادی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان

چکیده

پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران، بر مهارت‌های خودکنترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در دوره دبستان اجرا شد. پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. برای انجام پژوهش از بین تمامی مادران مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ که حداقل یک کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در سنین ۶-۱۲ سال داشتند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. آموزش به مدت ۸ جلسه برای گروه آزمایش انجام شد و پرسشنامه خودکنترلی (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹) در جلسات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، را معلمان کودکان هر دو گروه از مادران تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس انجام شد. طبق نتایج پژوهش آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران در سطح معناداری ($P=0/0001$) در مرحله پس‌آزمون موجب افزایش مهارت‌های خودکنترلی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شد. همچنین بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیر مورد بررسی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0/0001$). یافته‌ها نشان داد که برنامه تربیت سازنده در بهبود مهارت‌های خودکنترلی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: برنامه تربیت سازنده، مادران، خودکنترلی، اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، دوره دبستان.

مقدمه

اختلال کافی نیست و در بهبود درازمدت بیماران تأثیر کمی دارد (ناتان^۱، ۲۰۰۲). علاوه بر این، اغلب خانواده‌های ایرانی که کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی دارند، ضمن اینکه به مصرف دارو در درازمدت به دلیل عوارض جانبی داروها اعتقاد ندارند، اصرار زیادی بر کاهش فوری علائم این اختلال دارند. از این‌رو این عامل باعث می‌شود که خانواده‌ها به‌صورت خودسر و دلخواه مصرف دارو را متوقف کنند که این مسأله باعث درمان ناکامل کودک می‌گردد؛ از این‌رو استفاده از روش‌های درمانی غیردارویی بسیار اهمیت دارد (برجعی و همکاران، ۱۳۹۰).

بارکلی که پژوهش‌های زیادی راجع به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی انجام داده است، دریافت که ۸۱ درصد نمونه‌های کودکان بیش‌فعال، مشکلاتی با همسالان خود داشته و در روابط اجتماعی با مشکلات زیادی روبه‌رو هستند، بنابراین امروزه در درمان این اختلال علاوه بر دارودرمانی، بر درمان‌های روان‌شناختی نیز به‌منظور اصلاح و تقویت مهارت‌های والدین و کودکان در زمینه مدیریت رفتار و آموزش تأکید می‌شود (علیزاده، ۱۳۸۳). مداخله‌های رفتاری خانواده^۲ بر پایه الگوی یادگیری اجتماعی و برخورداری از حمایت‌های تجربی ساخته‌شده و برای جمعیت گسترده‌ای کاربرد دارند (موراوسکا و ساندرز^۳، ۲۰۰۶). در این نوع مداخلات، متخصصان برای پیشگیری از مشکلات شایع دوران کودکی یا پیشگیری از تشدید آنها سعی می‌کنند والدین را با رشد کودک و فنون مدیریت رفتار آشنا کنند. برنامه‌های آموزش والدین روز به روز متداول‌تر می‌شوند و روان‌شناسان می‌توانند با اجرا کردن این برنامه‌ها نقش مهمی در این خصوص ایفا کنند. در نگاه کلی، برنامه‌های آموزش والدین عمدتاً بر درمان رفتار ناسازگارانه کودکان متمرکزند. در این برنامه‌ها والدین هستند که باید برنامه‌ها را اجرا کنند یا رفتار خود و محیط را تغییر دهند تا فرزندانشان مهارت‌های جدید را بهتر یاد بگیرند و رفتارهای منفی را راحت‌تر مدیریت کنند (شرودر و گوردون^۴، ۱۳۸۵).

مطالعات متعددی تأثیر روش‌های مختلف فرزندپروری بر رشد و تکامل طبیعی کودک و بهبود اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را بررسی و تأثیرات مثبت آن را گزارش کرده‌اند. بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه مشکلات سلوک،

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی همراه‌اند. پژوهشگران دریافتند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند (یوسفی، ۱۳۷۷). از میان انواع اختلال‌های دوره کودکی، اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی^۱، به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی شناخته شده است که در دوره کودکی قبل از ۷ سالگی تشخیص داده می‌شود و حدوداً ۵ تا ۱۲ درصد کودکان را مبتلا می‌سازد (لوئیس^۲، ۲۰۰۷). مبتلایان به این اختلال از مشکلات نافذ، طولانی‌مدت و شدیدی در سه حوزه توجه، فعالیت و تکانه رنج می‌برند (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۵). بسیاری از این کودکان به اختلالات همراه رفتاری، هیجانی و یادگیری نیز مبتلا هستند (بیدرمن، نیوکام و اسپریچ^۴، ۱۹۹۱، به نقل از محرری، شهریور و تهرانی‌دوست، ۱۳۸۸). اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از دوران کودکی آغاز شده و تا دوره‌های نوجوانی، جوانی و بزرگسالی پیشرفت می‌کند و مشخصه‌هایی همچون بیش‌فعالی یا حرکات اضافی و گاهی سکوت و بی‌حالی و آشفتگی بیش از حد را به دنبال دارد که به‌صورت ناتوانی‌های یادگیری یا اختلالات روحی بروز می‌کنند (علیزاده، ۱۳۸۳).

کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی معمولاً اموال و اشیای خود را گم می‌کنند، اغلب از عهده توجه دقیق به جزئیات بر نمی‌آیند، نمی‌توانند دستورالعمل‌ها را دنبال کنند و در سازمان دادن تکالیف خود مشکل دارند. همچنین اغلب بر اثر محرک‌های نامربوط به‌آسانی دچار حواس‌پرتی می‌شوند و در فعالیت‌های روزانه فراموشکار هستند. تکانشگری هم در افرادی مشاهده می‌شود که پاسخ‌ها را بدون فکر مطرح می‌کنند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و برای دیگران مزاحمت ایجاد می‌کنند (بارکلی^۵، ۱۹۹۶، به نقل از برجعی، علی‌زاده، احدی، فرخی، سهرابی و همکاران، ۱۳۹۰).

امروزه در حوزه درمان این اختلال، درمان رایج و غالب، دارودرمانی است؛ اگرچه درمان‌های دارویی، به بهبود عملکرد روزانه کودکان با نارسایی توجه / بیش‌فعالی کمک می‌کند، ولی استفاده از آنها به‌تنهایی در درمان مشکلات مرتبط با این

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
3. Sadock & Sadock
5. Barkley
7. Behavioral Family Interventions (BFI)
9. Schroeder & Gordon

2. Lewis
4. Biederman, Newcom & Sprich
6. Nathan
8. Morawska & Sanders

گودمن، وبستر^۶ و همکاران، ۱۹۹۲). اهداف اختصاصی این برنامه، عبارت‌اند از:

- ۱- بالا بردن دانش، مهارت‌ها، اعتماد به نفس، احساس کفایت و کاردانی در والدین در زمینه والدگری و تربیت فرزندان.
- ۲- ارتقا و بهبود محیط زندگی کودک و تبدیل آن به محیطی غنی، ایمن، سازنده و غیرخشن که تعارض کمتری با کودک داشته باشد.
- ۳- ارتقای ظرفیت‌های اجتماعی، عاطفی، زبانی، ذهنی و رفتاری کودک از طریق تمرین‌های برنامه تربیت سازنده (ساندرز و پریترز^۷، ۲۰۰۵).

پایه‌های تجربی روش درمانی تربیت سازنده در مجامع علمی متعدد ذکر شده است (ساندرز، مارکی - دادز، تولی و بار^۸، ۲۰۰۰؛ ساندرز، ۲۰۰۰؛ ساندرز، ۱۹۹۹). به اعتقاد ساندرز و همکاران (۲۰۰۸) استفاده از برنامه تربیت سازنده، به افزایش مهارت‌های والدین در تربیت فرزندان، کاهش تعارض بین والد و فرزند، افزایش خودباوری والد و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس والدین منجر می‌شود. فیونا، ساندرز و ساندرز^۹ (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی تربیت سازنده بر روی ۲۰ خانواده دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ۵ تا ۹ ساله پرداختند. پس از اتمام برنامه، والدین گروه آموزشی کاهش مشخصی در شدت رفتارهای مخرب و مقابله‌جویانه کودکان و تکانشگری و پرفعالیتی آنها گزارش کردند. در این والدین در زمینه توانایی‌های فرزندپروری، افزایش خودباوری و اعتماد به نفس و کاهش تعارضات بین زوجین و میزان رضایتمندی از زندگی در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معنی‌دار به دست آمد. همچنین در پژوهش‌های آرنولد، اولیری، ولف و آکر^{۱۰} (۱۹۹۳)؛ دادز و پاول^{۱۱} (۱۹۹۹)؛ تهرانی‌دوست، شهریور، محمودی قرائی و علاقبندراد (۱۳۸۷)؛ حاجبی، حکیم شوشتری و خواجه‌الدین (۱۳۸۴)؛ محرری، شهریور و تهرانی‌دوست (۱۳۸۸) و برجعلی و همکاران (۱۳۹۰)، شواهد زیادی به نفع اثربخشی مداخله‌های رفتاری خانواده بر پایه اصول یادگیری اجتماعی برای جلوگیری و درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان وجود دارد.

براساس مطالعه کرونیس، لاهی، پلهم، ویلیامز، بومان^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۷)؛ ارهات و بیکر^{۱۳} (۱۹۹۰)؛ رالف و ساندرز^{۱۴}

سوءمصرف مواد، رفتارهای ضداجتماعی و بزهکارانه در کودکان با شیوه تربیت فرزندان ارتباط داشته و عواملی همچون کشمکش‌های خانوادگی و شکست در ازدواج، نداشتن رابطه گرم با والدین، دل‌بستگی نامن، مقررات سخت، نظارت ناکافی و بیماری‌های روانپزشکی در والدین، خطر شکل‌گیری مشکلات رفتاری و هیجانی در کودک را افزایش می‌دهند (ساندرز، رالف، سوفرونوف، گاردینر، تامپسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۸).

همچنین والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوه‌های فرزندپروری خودکامه و استبدادی استفاده می‌کنند (علیزاده و آندریس، ۲۰۰۲)، تعاملات کودک - والد در این خانواده‌ها به‌طور مشخص منفی‌تر و خصمانه‌تر از سایر خانواده‌هاست (داپال، مک‌گوری، ایکرت و وانبرکل^۲، ۲۰۰۱)، مادران این کودکان کمتر به پرسش‌های آنان پاسخ می‌گویند، همچنین پاداش‌هایی که به رفتارهای قابل قبول و مطلوب کودک می‌دهند، کم است (دانفورت، آندرسون، بارکلی و استوک^۳، ۱۹۹۱، به نقل از محرری، شهریور و تهرانی‌دوست، ۱۳۸۸).

در همین زمینه برنامه تربیت سازنده^۴ یکی از قدرتمندترین انواع مداخلات رفتاری در یاری رساندن به کودکان دچار مشکلات رفتاری و سلوک شناخته شده است. این برنامه درمانی براساس اصول یادگیری اجتماعی طراحی و اثربخشی آن بر جنبه‌های مختلف رفتار کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و والدینشان تأیید شده است (ساندرز^۵، ۱۹۹۹، به نقل از عابدی، ۱۳۹۲).

هدف برنامه تربیت سازنده پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری، رشدی، عاطفی کودکان از طریق بالا بردن سطح دانش، مهارت‌ها و اعتماد به نفس والدین است که براساس میزان نقص در عملکرد کودک و خانواده و نیازهای متفاوت آنان در سطوح مختلف ارائه می‌شود. روش‌های مورد استفاده در جمعیت‌های مختلف با کاهش رفتارهای ناهنجار همراه بوده‌اند (ساندرز، ۱۹۹۹). در این برنامه درمانی به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه تعاملات مثبت با کودکانشان را افزایش داده و از تعارضات بکاهند و از روش‌های نامناسب فرزندپروری پرهیزند (پیسترمن، فایرستون، مک‌گرات،

1. Sanders, Ralph, Sofronoff, Gardiner & Thompson
3. Danforth, Anderson, Barkley & Stokes.
5. Sanders
7. Sanders & Prinze
9. Fiona, Sanders & Sanders
11. Dadds & Powel
13. Erhardt and Baker

2. Dapaul, McGoey, Eckert & VanBrakle
4. Positive Parenting Program Triple-P
6. Pisterman, Firestone, McGrath, Goodman, Webster
8. Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor,
10. Arnold, O'Leary, Wolff & Acker
12. Chronis, Lahey, Pelham, Williams & Baumann
14. Ralph & Sanders

نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از این مادران بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اندازه‌گیری خودکنترلی: این مقیاس را در سال ۱۹۷۹ کندال و ویلکاکس^۱ در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته‌اند و شامل ۳۳ پرسش است که ۱۰ پرسش آن مربوط به خودکنترلی، ۱۳ پرسش آن مربوط به تکانشگری و ۱۰ پرسش آن نیز مربوط به هر دو (تکانشگری - خودکنترلی) است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۴ محاسبه شده که در حد قابل قبولی است (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹، به نقل از برجلی و همکاران، ۱۳۹۰) این آزمون در ایران پس از ترجمه همتی، ویرایش و روایی محتوایی آن را به پژوه، غباری‌بناب، عزیزاده، دهشیری و عظمی مورد تأیید قرار دادند. همچنین پایایی آزمون را همتی با استفاده از روش آلفا بر روی یک نمونه صد نفری از دانش‌آموزان شهر تهران ۰/۹۸ محاسبه کرد (برجلی و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۱ به دست آمد. دو نمونه از گویه‌های این آزمون عبارت‌اند از ۱- زمانی که هیجان‌زده می‌شوم توانایی کنترل احساساتم را دارم. ۲- برای شنیدن پاسخ پرسش‌هایم صبر می‌کنم.

روش اجرا و تحلیل

ابتدا پژوهشگر جزئیات برنامه را برای مادران هر دو گروه (آزمایش و گواه) تشریح کرد و رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در برنامه آموزشی گرفته شد. قبل از شروع جلسات، معلمان کودکان هر دو گروه از مادران، پرسشنامه خودکنترلی کندال و ویلکاکس را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کردند. در مرحله بعد متغیر مستقل (برنامه آموزشی تربیت سازنده) به صورت هشت جلسه هفتگی دوساعته برای گروه آزمایش اعمال شد. در این فاصله هیچ مداخله‌ای برای گروه گواه انجام نگرفت، اما با توجه به مسائل اخلاقی، شرکت‌کنندگان در گروه گواه نیز پس از اتمام پژوهش، این آموزش‌ها را دریافت کردند. برنامه آموزشی به کار گرفته شده در این پژوهش مبتنی بر الگوی درمانی تربیت سازنده است که ساندرز و همکاران (۲۰۰۸) در دانشگاه کوئینزلند استرالیا طراحی کردند و مجوز اجرای آن بر پایه توافق میان پژوهشکده علوم شناختی و

(۲۰۰۳)؛ کان، راجرز و ماتیوز^۱ (۲۰۰۳)؛ ویور، شاو، دیشن و ویلسون^۲ (۲۰۰۸) و راجرز، کانا، کامرون، لیتل فیلد و لاجیا^۳ (۲۰۰۳)، نیز آموزش تربیت سازنده به صورت گروهی به والدین، باعث افزایش تعامل‌های مثبت والد - کودک، بهبود رفتار کودکان، تربیت فرزندان، احساس کفایت و کاهش اختلاف نظر والدین، افزایش عزت نفس مادران، کاهش افسردگی آنان و افزایش سازگاری فرزندانشان می‌شود.

اگرچه مطالعات متعددی در خارج از کشور تأثیر روش‌های مختلف فرزندپروری به ویژه برنامه تربیت سازنده به عنوان یکی از قدرتمندترین انواع مداخلات آموزشی در یاری رساندن به کودکان دچار مشکلات رفتاری و سلوک از جمله نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را بر بهبود این اختلال بررسی و تأثیرات مثبت آن را گزارش کرده‌اند، اما در این زمینه در ایران مطالعه‌ی زیادی صورت نگرفته است. بنابراین با توجه به میزان شیوع بالای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و روند شدت یافتن آن در طول زمان و کمبود متون غنی در زمینه اثربخشی روش درمانی تربیت سازنده بر بهبود مشکلات رفتاری و اصلاح این کودکان انجام پژوهش‌هایی در این زمینه گام مثبتی در جهت کمک به والدین، معلمان و خود کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و پیشگیری از مزمن شدن و تبدیل احتمالی آن به انواع دیگر اختلالات است. این پژوهش نیز با هدف بررسی تأثیر آموزش برنامه تربیت سازنده بر مهارت‌های خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی فرضیه‌های زیر را مورد آزمون قرار داد:

- ۱- آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران در مرحله پیش‌آزمون مهارت‌های خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را افزایش می‌دهد.
- ۲- آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران در مرحله پیگیری مهارت‌های خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را افزایش می‌دهد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی مادران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ که حداقل یک کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ۶ تا ۱۲ ساله داشتند.

1. Cann, Rogers & Matthews

3. Rogers, Canna, Cameron, Littlefield & Lagioiaa

2. Weaver, Shaw, Dishion & Wilson

4. Kendall and Wilcox

راهبردهای جریمه و محروم کردن در نظام ژتونی خانگی و چگونگی کاربرد روش های تنبیهی مادران بحث شد. جلسه هشتم انجام رفتارهای مناسب در زمان مدرسه و نکاتی مهم و کاربردی برای بالا بردن عملکرد تحصیلی کودکان آموزش داده شد. دو هفته بعد از اتمام دوره آموزشی معلمان دوباره پرسشنامه خودکنترلی کندال و ویلکاکس را تحت عنوان پس آزمون برای کودکان اجرا کردند. در ضمن حدوداً ۲ ماه بعد از اتمام جلسات آموزشی مرحله پیگیری برای اندازه گیری و ماندگاری اثر آموزش های داده شده با تکمیل پرسشنامه های معلمان برای هر دو گروه از کودکان والدین شرکت کننده در دوره آموزشی انجام پذیرفت. در پایان تجزیه و تحلیل داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با نرم افزار SPSS صورت گرفت. در سطح توصیفی از شاخص های آماری میانگین و انحراف معیار، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها

برای بررسی فرضیه پژوهش از طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه استفاده شده است بنابراین برای تحلیل نتایج به دست آمده، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد تا از این طریق تأثیرات پیش آزمون به عنوان یک متغیر تصادفی کمکی بررسی شود. به همین منظور ابتدا همگنی رگرسیون از طریق آزمون فرض همگنی شیبها بررسی شد که نتیجه به دست آمده، اشاره به این دارد که تعامل معنادار نیست؛ به عبارت دیگر مفروضه همگنی رگرسیون در تحلیل کوواریانس برقرار شد ($P > 0.05$).

انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان ایران و دانشگاه یادشده گرفته شده است. این برنامه در پنج سطح ارائه می شود که یک سطح آن اختصاص به آموزش گروهی والدین برای تقویت مهارت های فرزندپروری دارد (تهرانی دوست و همکاران، ۱۳۸۷). مطالب این برنامه آموزشی را متخصصان آموزش دیده به کمک فیلم های آموزشی برای مادران به صورت کارگاهی اجرا کردند و مادران از راه تمرین، ایفای نقش، بحث گروهی، انجام تکلیف در منزل، دانش و مهارت لازم را در زمینه فرزندپروری به دست آوردند. محتوای مورد بحث در این جلسات بدین صورت بود:

جلسه اول درباره قوانین برنامه درمانی و مفهوم اختلال نارسایی / توجه بیش فعالی، علائم، انواع، شیوع، سبب شناسی، سیر، درمان و عوارض آن گفت و گو شد. جلسه دوم مطالبی درباره تعامل های کودک - والد و اصول کلی شکل دهی رفتار و نحوه صحیح درخواست کردن یا دستور دادن آموزش های ارائه شد. جلسه سوم شیوه های کلی تقویت رفتار و شرایط تشویق و انواع آن از جمله افزایش مقدار و کیفیت توجه والدین به کودک عرضه شد. جلسه چهارم در مورد ایجاد یک نظام ژتونی در خانه به مادران آموزش داده شد. جلسه پنجم روش جذب کودکان به رفتارهای مثبت به خصوص آنهایی را که در گذشته به عنوان رفتار مشکل مطرح بودند، آموزش داده شد و در خصوص نحوه اجرای روش های تشویقی در خانه بحث شد. جلسه ششم مهارت های کاهش رفتار نامناسب از جمله بی توجهی کردن، قطع کردن رفتار، جریمه کردن و محروم کردن برای مقابله با بدرفتاری های کودک معرفی شدند. جلسه هفتم در خصوص تلاش های مادران به منظور به کارگیری

جدول ۱- نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر آموزش تربیت سازنده بر خودکنترلی در پس آزمون

شاخص منابع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان
پیش آزمون	۳۷۰/۱۰۱۴	۱	۳۷۰/۱۰۱۴	۲۳/۷۱۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۵۳	۰/۹۹۹۹
گروه	۸۸۳/۷۴۷۱	۱	۸۸۳/۷۴۷۱	۸۰/۴۹۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۸۸	۱

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به پیگیری

شاخص منابع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان
پیش آزمون	۲۴۳/۵۸۵۶	۱	۲۴۳/۵۸۵۶	۱۵/۰۵۶۳	**۰/۰۰۰۶	۰/۳۵۸۰	۰/۹۶۲۴
گروه	۸۱۱/۵۹۷۶	۱	۸۱۱/۵۹۷۶	۵۰/۱۶۵۸	**۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۰۱	۱

این برنامه آموزشی در بهبود نگرش والدین نسبت به زندگی، افزایش حس همکاری و کمک به یکدیگر در برطرف کردن مشکلات زندگی و در نتیجه ایجاد فضای صمیمی و عاطفی در بین اعضای خانواده. مطالعه تعاملات درون‌خانوادگی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، نشان می‌دهد که گاهی در خانواده‌های این کودکان، در روابط اعضا با همدیگر مشکل وجود دارد (مش و جانسون، ۱۹۸۳).

برنامه تربیت سازنده، تعاون و همکاری بین والدین را در جهت ارتقای وضعیت کودک تسهیل می‌کند و تسریع می‌بخشد. والدین مهارت‌های مؤثر برقراری ارتباط زناشویی را آموزش دیده و به‌منظور کشف چگونگی بیان عاطفی و هیجانی نقش والدگری خود تشویق می‌شوند و در نتیجه بر رفتار کودک خود تأثیر می‌گذارند. همچنین این برنامه آموزشی راهکارهای مقابله‌ای ویژه‌ای را برای مدیریت عواطف منفی شامل افسردگی، خشم، اضطراب و سطح بالای استرس والدگری تحقق بخشیده و متضمن پیامدهای مثبت رشد و تکامل و سلامت روانی کودکان است (ساندرز، ۲۰۰۸).

از طرفی در پژوهش‌های اخیر مشکل خودگردانی و بازداری رفتاری به‌عنوان توجیه نظری و الگوی پژوهشی برای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. برخی از پژوهشگران اظهار کرده‌اند که این مشکلات، کلید بسیار مهمی در فهم این اختلال است. مباحث مربوط به این مشکلات شامل اصطلاحاتی نظیر بازداری رفتاری و کارکردهای اجرایی و نیز کنترل تکانش و خودمدیریتی است (علیزاده و آندریس، ۲۰۰۲). به همین منظور در طول دوره آموزشی پژوهشگر با استفاده از روش‌های آموزشی متنوع از قبیل: ایفای نقش، آموزش شیوه‌های مختلف تشویق و تنبیه، بحث گروهی، ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی، استعاره، برون‌ریزی احساسات به‌صورت نوشتن و... سعی کرد چگونگی برخورد صحیح والدین با کودکان بیش‌فعال را آموزش دهد که به نظر می‌رسد در این زمینه کمک‌کننده بوده است؛ بنابراین می‌توان استفاده از این شیوه‌های آموزشی را به‌عنوان عامل مؤثر دوم در به‌دست آوردن نتایج پژوهش برشمرد.

در کارگاه آموزشی تربیت سازنده به والدین راهکارهای ویژه‌ای برای تغییر رفتار، مدیریت کودک در موقعیت‌های خانه و اجتماع آموزش داده می‌شود. این راهکارها جایگزین‌هایی برای روش‌های تربیتی غیرمؤثر و زورگویانه از قبیل فریاد کشیدن، تهدید، تنبیه بدنی بوده و شامل اصول بحث با کودکان، تأیید کردن، آرامش، دست‌والعمل‌های متناسب با سن و متناسب با درخواست کودک، استفاده از زمان سکوت، محروم کردن

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی، برنامه آموزشی تربیت سازنده، به‌طور معناداری باعث افزایش مهارت‌های خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در مرحله پس‌آزمون می‌شود ($P=0/0001$). همچنین با توجه به میانگین‌های تعدیل‌شده گروه آزمایش (۱۱۷/۲۵۲۹) در مقایسه با گروه گواه (۱۲۹/۰۸۰۴) در پس‌آزمون، فرضیه اول پژوهش تأیید شد، میزان تأثیر ۷۴ درصد بوده است. یعنی ۷۴ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون (افزایش مهارت‌های خودکنترلی) مربوط به مداخلات آموزشی بوده است. همچنین توان آماری یک است که حاکی از کفایت حجم نمونه دارد.

در جدول ۲ نیز اطلاعات مربوط به مرحله پیگیری به‌منظور بررسی ماندگاری اثر آموزش‌های ارائه‌شده در گروه آزمایش آورده شده است. نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین‌های نمرات خودکنترلی مرحله پیش‌آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/0001$). همچنین با توجه به میانگین آزمون خودکنترلی گروه آزمایش (۱۱۷/۰۰۰۰) در مقایسه با گروه گواه (۱۳۰/۸۰۰) در مرحله پیگیری، فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شد. به‌عبارت دیگر نتایج به‌دست آمده از پژوهش بیانگر ماندگاری تأثیر آموزش تربیت سازنده بعد از گذشت دو ماه بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزشی تربیت سازنده بر مهارت‌های خودکنترلی کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مادران بر افزایش میزان مهارت خودکنترلی کودکان آنها مؤثر است.

یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهشگران مبنی بر اثربخش بودن آموزش‌های روان‌شناختی و اصلاح ارتباط بین والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در بهبود نشانه‌های این اختلال از جمله پژوهش‌های: ساندرز و همکاران (۲۰۰۸)؛ ارهات و بیکر (۱۹۹۹)؛ کان، راجرز و ماتیبوز (۲۰۰۳)؛ کرونیس و همکاران (۲۰۰۷)؛ ویور و همکاران (۲۰۰۸)؛ آرنولد، اولیری، ولف و آکر (۱۹۹۳)؛ دازد و پاول (۱۹۹۹)؛ حاجبی و همکاران (۱۳۸۴)؛ محرری و همکاران (۱۳۸۸)؛ تهرانی‌دوست و همکاران (۱۳۸۷)؛ برجعلی و همکاران (۱۳۹۰)؛ همسو است.

در تبیین نتایج به‌دست آمده از پژوهش به چند عامل می‌توان اشاره کرد. اولین و مهمترین عامل مربوط است به تأثیر

لازم را برای اداره امور زندگی در فرزندان خود ایجاد کنند و در نتیجه توانمندی‌ها و مهارت‌های آنها برای داشتن زندگی اثربخش و مفید افزایش یابد.

همچنین آموزش برنامه تربیت سازنده به والدین باعث افزایش مهارت‌های کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در برخورد با مسائل زندگی چه در مدرسه و چه خارج از مدرسه، برقراری ارتباط بهتر با محیط و همسالان و بهبود مشکلات پرفعالیتی - هیجانی آنها می‌شود؛ در نتیجه می‌توانند با تسلط بیشتر بر هیجان‌ها و احساسات خود، رفتارهای منفی خود را راحت‌تر کنترل کنند و با یادگیری مهارت‌های جدید، توانمندتر و موفق‌تر در جامعه ظاهر شوند.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که از جمله آنها می‌توان به انجام پژوهش در مدارس ابتدایی شهر اصفهان، تصادفی انتخاب نشدن مادران، همکاری ناکامل شرکت‌کنندگان در طرح، مشکلات مربوط به هماهنگ کردن مادران برای حضور در جلسات آموزشی و حضور نداشتن معلمان کودکان در دوره آموزشی اشاره کرد.

از این‌رو به‌منظور تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از والدینی استفاده شود که کاملاً داوطلب حضور در دوره آموزشی باشند، به‌طوری که بتوان با حضور پررنگ‌تر آنها و استفاده از ابزارهای تشویقی بیشتر آموزش‌های مؤثرتری را ارائه داد. همچنین پیشنهاد می‌گردد برنامه‌ریزان آموزشی و فرهنگی کشور با طراحی و تدوین کارگاه‌ها و موقعیت‌های مناسب آموزشی، والدین، معلمان و مربیان کودکان بیش‌فعال را به این سمت وسو سوق دهند. علاوه بر این انجام پژوهش‌های بیشتر در سراسر کشور و در مقاطع مختلف تحصیلی در زمینه استفاده از درمان‌های تکمیلی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مخصوصاً در حوزه افزایش و بهبود سبک‌های ارتباطی والدین و کودکان و اصلاح شیوه‌های رفتاری آنها پیشنهاد می‌شود. درنهایت امید است نتایج این پژوهش، در مراکز مشاوره و درمانگاه‌های راهنمایی کودکان و آموزش‌های والدین برای بهبود روش‌های فرزندپروری، کاهش مشکلات خودکنترلی، هیجانی و رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

برجعی، م.، علی‌زاده، ح.، احدی، ح.، فرخی، ن.، سهرابی، ف.، و محمدی، م. ر. (۱۳۹۰)، بررسی و مقایسه تأثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، روش رفتاری و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، *مجله سلامت و روان‌شناسی*، ۱(۱)، ۹۲-۶۳.

موقت و بی‌توجهی است (ترنر و ساندرز، ۲۰۰۶). همچنین به والدین راهبردهای عملی و مؤثری در جهت پرورش مهارت‌های اجتماعی و زبانی کودک، خودتنظیمی هیجانی، استقلال و قابلیت حل مسأله آموزش داده می‌شود. دستیابی به این مهارت‌ها سبب ارتقای هماهنگی خانواده، کاهش تعارضات کودک و والدین، توسعه روابط موفقیت‌آمیز با همسالان و آماده‌سازی کودک برای کامیابی تحصیلی می‌گردد (ساندرز و پریتز، ۲۰۰۵). اهداف تمام سطوح درمانی این روش آموزشی مبتنی بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتار است که از طریق آموزش‌های والدین به‌منظور ارتقای تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی و خودکنترلی میسر می‌شود (ساندرز و وولی، ۲۰۰۵).

در مجموع می‌توان به این نکته اشاره داشت که احتمال بروز رفتارهای شدید و خطرناک و مشکلات عاطفی از طریق آموزش والدین در موقعیت‌های حقیقی روزمره و تعاملات والد - کودک در راستای آموزش زبان، مهارت‌های اجتماعی، قابلیت رشدی و مهارت‌های حل مشکل در یک محیط برخوردار از حمایت عاطفی، کاهش می‌یابد و در صورت اعمال نشدن مداخله‌های رفتاری صحیح و ناتوانی در استفاده از تمامی قابلیت‌های بالقوه زبانی و همچنین مدیریت رفتارهای ناگهانی، کودکان در معرض خطرات بزرگتری از جمله مشکلات رفتاری هستند (ساندرز و همکاران، ۲۰۰۸).

علاوه بر این به نظر بسیاری از متخصصان، گروه باعث ایجاد همدلی جمعی و بهبود مهارت‌های ارتباطی در افراد می‌شود و نظام حمایتی مفیدی را در اختیار آنها قرار می‌دهد. از سوی دیگر، فرد با مشاهده دیگران به‌منحصر به‌فرد نبودن مشکل خود پی می‌برد و این موضوع باعث امیدواری بیشتر او خواهد شد (کوری، ۱۳۹۱). مطالعات انجام‌شده در زمینه بررسی تأثیر این شیوه آموزشی به‌صورت گروهی نیز بیانگر کاهش قابل توجه مشکلات رفتاری کودکان است (ترنر و ساندرز، ۲۰۰۶). فواید متعددی از حضور در گروه نصیب شرکت‌کنندگان می‌شود. این فواید شامل حمایت‌ها، دوستی‌ها و بازخوردهای اساسی‌تر از والدین دیگر است. به‌گونه‌ای که درنهایت فرصتی مهیا می‌شود که والدین شیوه‌های فرزندپروری خود را با در نظر گرفتن تجربیات سایر والدین، هنجاری‌تر و طبیعی‌تر کنند (ساندرز و پریتز، ۲۰۰۵). از این‌رو برگزاری دوره به‌صورت گروهی را نیز می‌توان به‌عنوان یک عامل مؤثر در به‌دست آوردن نتایج پژوهش برشمرد.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت آموزش روش‌های صحیح فرزندپروری به والدین میزان توافق والدین و قابلیت‌های آنها در تربیت فرزند را افزایش می‌دهد، به‌طوری که قادر باشند با به‌کارگیری شیوه‌های درست فرزندپروری و تغییر رفتار خود و محیط اطراف، آمادگی‌های

- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E. Jr, Williams, S.H., Baumann, B.L., Kipp, H., Jones, HA., Rathouz, P.J. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder, *Developmental Psychology*, 43(1), 70-82.
- Dadds, M.R. & Powel, M.B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety and immaturity non-clinic children, *Journal of Child Psychology*, 19, 553-567.
- Danforth, JS., Anderson, L.P, Barkley, RA., Stokes, TF. (1991). Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications, *Clinical Psychology Review*, 11(6), 703-27.
- Dapaul, GJ., McGoey, KE., Eckert, TL., VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social and school functioning, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-15.
- Erhardt, D., Baker, B. (1990). The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 21(2), 121-132.
- Fiona, E., Sanders, H., Sanders, MR. (2002). A feasibility study of enhanced group triple p- positive parenting program for parents of children with ADHD, *Journal of behavior change of Queensland University, Australia*, 19(4), 191-206.
- Kendall, P.C. & Wilcox, L.E. (1979). Self-control in children development of a rating scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6), 1020-1029.
- Lewis, A. (2007). *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 430-54.
- Mash, EJ., Johnston, C. (1983). Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. *Journal of Clinical Child & Adolescent*, 12, 91-9.
- Morawska, A., & Sanders, M.R. (2006). Self-administered behavioral family intervention for parents of toddlers: Effectiveness and dissemination. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1839-1848.
- Nathan, W.A. (2002). Integrated multimodal therapy of children with ADHD. *Bullmeninger Clinical*, 66, 283-312.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, JT., Webster, I., Mallory, R., et al. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 397-408.
- تهرانی دوست، م.، شهریور، ز.، محمودی قرائی، ج.، و علاقبندراد، ج. (۱۳۸۷)، تأثیر آموزش تربیت سازنده به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۴)، ۳۷۹-۳۷۱.
- حاجبی، ا.، حکیم شوشتری، م.، و خواجه‌الدین، ن. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر درمانی آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه، *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴)، ۴۴۰-۴۳۵.
- شرودر، ک.، و گوردون، ب. (۱۳۸۵)، *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: انتشارات دانژه.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۳)، *اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی: ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان*. تهران: رشد.
- عابدی، ث. (۱۳۹۲)، *برنامه والدگری مثبت، مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۳، ۱۱۴، ۳۷-۳۰.
- کوری، ج. (۱۳۹۱). *نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی*، ترجمه فائزه عسکری، مریم خدابخشی، مهنوش دارینی و فرناز عسکری، تهران: نشر شبینم.
- محرری، ف.، شهریور، ز.، و تهرانی دوست، م. (۱۳۸۸)، تأثیر آموزش برنامه تربیت سازنده به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۱)، ۴۰-۳۱.
- یوسفی، ف. (۱۳۷۷)، *هنجاریابی مقیاس راتر به‌منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۱۳(۱ و ۲)، ۲۴-۱.
- Alizadeh, H., & Andries, C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents, *Child & Family Behavior Therapy*, 24(3), 37-52.
- Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolff, L.S., & Acker, M.M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.
- Barkley, R.A. (1996). *Attention deficit hyperactivity disorder, a handbook for diagnosis and treatment*. NY: Guilford.
- Biederman, J., Newcom, J., Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depression, anxiety and other disorders, *The American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.
- Cann, W., Rogers, H. & Matthews, J. (2003). Family intervention service program evaluation: A brief report on initial outcomes for families, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 208-215.

- Ralph, A., & Sanders, M.R. (2003). Preliminary evaluation of the Group Teen Triple p program for parents of teenagers making the transition to high school, *Australian e- Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 169-178.
- Rogers, H., Canna, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioiaa, V. (2003). Evaluation of the Family Intervention Service for children presenting with characteristics associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 216-225.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2005). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry and behavioral sciences*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 3183-98.
- Sanders, M.R. (1999). The Triple p- positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel Parenting and Family, support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children, *Journal of Clinical Child and Family Psychology*, 2(2), 71-90.
- Sanders, M.R. (2000). Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse, *Journal of Addictive Behaviors*, 25(6). 929- 942.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A., & Bor, W. (2000). The Triple p-positive parenting program: A Comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624-640.
- Sanders, M.R., Prinze, R.J. (2005). The Triple p system, a multi-level evidence-based, population approach to the prevention and treatment of behavioral and emotional problems in children, *Journal the Register Report*, 31, 42-46.
- Sanders, M.R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., Bidwell, K. (2008). Every family: a population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school, *The Journal of Primary Prevention*, 29(3), 197-222.
- Sanders, M.R., & Wooly, M.L. (2005). The Relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training, *Journal of Child: Care, Health & Development*, 31 (1), 65-73.
- Sanders, M.R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting, *Journal of Family Psychology*, 22(4), 506-517.
- Turner, K.M., Sanders, M.R. (2006). Help when it is needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting, *Behavior Therapy*, 37(2), 131-142.
- Weaver, C.M., Shaw, D.S., Dishion, T.J., Wilson, M.N. (2008). Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression, *Infant Behavior and Development*, 31(4), 594-605.